

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.SC.)

PAR  
INGRID GILBERT

L'UTILISATION DU MODÈLE KAWA EN SANTÉ MENTALE :  
LA PERCEPTION DE TROIS ERGOTHÉRAPEUTES-EXPERTS.

JUILLET 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Le modèle Kawa a été développé pour intervenir auprès de personnes d'origine japonaise. Bien qu'il puisse s'avérer applicable auprès d'individus appartenant à diverses cultures et dans différents contextes cliniques (Turpin et Iwama, 2011, p. 174), peu de données empiriques appuient cette affirmation auprès d'une clientèle québécoise adulte ayant un problème de santé mentale. **Problématique :** Une question se pose dès lors : serait-il pertinent d'utiliser le modèle Kawa auprès d'une population adulte québécoise présentant un problème de santé mentale? **Objectifs :** La présente étude de type exploratoire a été menée auprès de trois ergothérapeutes cliniciens travaillant en santé mentale et considérés ici tels des experts. Elle avait comme visée d'explorer la pertinence d'utiliser le modèle Kawa en santé mentale auprès d'une population québécoise adulte sur la base du jugement de ces ergothérapeutes-experts. **Résultats :** Selon l'avis des experts, le modèle Kawa pourrait être un outil clinique utile pour l'établissement des objectifs thérapeutiques et pour l'adoption d'une pratique centrée sur le client selon les compétences du Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client. De plus, le modèle Kawa pourrait être applicable avec plusieurs clientèles en santé mentale. Cette étude novatrice documente la pertinence d'utiliser le modèle Kawa auprès d'une clientèle adulte québécoise ayant un problème de santé mentale, clientèle souvent négligée par les chercheurs.

**Mots clés :** modèle Kawa, ergothérapie, santé mentale, collaboration, pratique centrée sur le client

**Key words :** Kawa model, occupational therapy, mental health, collaboration, client-centered practice

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	vii
REMERCIEMENTS.....	viii
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	4
2.1 Les modèles théoriques traditionnels et le modèle Kawa.....	4
2.2 L'approche centrée sur le client .....	6
2.3 L'établissement des objectifs thérapeutiques.....	8
2.4 Les critiques actuelles du modèle Kawa.....	9
2.5 Les questions de la présente étude.....	11
3. OBJECTIFS.....	12
4. CADRE CONCEPTUEL .....	13
5. MÉTHODE.....	17
5.1 Participants.....	17
5.2 Expérimentation .....	18
5.3 Devis méthodologiques.....	18
5.4 Considérations éthiques .....	20
6. RÉSULTATS.....	22
6.1 L'expérience du modèle Kawa telle que vécue par les participants-experts .....	22
6.2 L'établissement des objectifs .....	23
6.3 La clientèle avec laquelle le modèle Kawa pourrait être utilisé.....	25
6.4 Le lien thérapeutique .....	26
6.5 La pratique centrée sur le client .....	27
6.6 Les forces et les limites du modèle Kawa.....	29
6.7 Les façons d'utiliser le modèle Kawa.....	30
6.8 La possibilité de combiner le modèle Kawa à d'autres modèles de pratique .....	31

7. DISCUSSION.....	33
7.1 Considérations générales .....	33
7.2 Conséquences pour la pratique.....	34
7.2.1. Adapter.....	34
7.1.2. Revendiquer.....	36
7.1.3. Coacher/Encadrer.....	37
7.1.4. Collaborer.....	37
7.1.5. Consulter. ....	38
7.1.6. Coordonner.....	39
7.1.7. Concevoir/Réaliser.....	40
7.1.8. Favoriser.....	41
7.1.9. Mobiliser. ....	42
7.1.10. Appliquer l'expertise.....	42
7.3 Forces et limites de l'étude .....	43
8. CONCLUSION.....	46
RÉFÉRENCES .....	48
ANNEXE 1 : Compétences clés de l'habilitation en ergothérapie.....	52
ANNEXE 2 : Canevas pour l'entrevue semi-dirigée.....	53
ANNEXE 3 : Les étapes du devis recherche-expérimentation de Paillé .....	55
ANNEXE 4 : Les étapes du devis ethnobiographique de Bonnet .....	56
ANNEXE 5 : Formulaire d'information et de consentement.....	58
ANNEXE 6 : Dessins des trois participants-experts .....	62

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client. ....	14
Figure 2. Illustrations du modèle Kawa. ....	15
Figure 3. Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. ....	35

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CCPPC : Cadre conceptuel du processus de pratique canadien

ERH : Écologie du rendement humain

MCHCC : Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client

MCRO : Modèle canadien du rendement occupationnel

MCRO-P : Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation

MOH : Modèle de l'occupation humaine

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

PEO : Personne-environnement-occupation

PEOP : Personne-environnement-occupation-participation



## **REMERCIEMENTS**

Plusieurs personnes m'ont aidée durant la rédaction de cet essai constituant l'étape finale de mes études en ergothérapie. Je souhaite leur faire part de ma plus profonde reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi. Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Marie-Josée Drolet, ma directrice d'essai, pour sa disponibilité, son support et ses conseils tout au long de ce processus de recherche. Son aide m'a été indispensable dans la rédaction de cet essai. J'ai toujours senti que j'étais écoutée, bien encadrée et bien conseillée. Je tiens donc à la remercier pour ses judicieux conseils et son approche humaine.

Dans le même ordre d'idées, je remercie l'ensemble des professeurs et des chargés de cours que j'ai eu la chance et le privilège de côtoyer tout au long de mes études en ergothérapie. Ils ont été pour moi des modèles inspirants, des sources d'informations précieuses, des motivateurs.

Je remercie aussi le département d'ergothérapie de l'UQTR pour son soutien financier ainsi que le Programme de soutien aux étudiants de cycles supérieurs de l'UQTR qui m'a permis d'obtenir une bourse d'aide à la diffusion. Leurs précieux apports m'ont permis de présenter le fruit de ce travail au congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) en juin 2012.

Merci aux participants-experts qui ont pris le temps de me rencontrer, d'expérimenter le modèle Kawa et de partager leurs perceptions sur son applicabilité en santé mentale. Sans eux, cette recherche n'aurait pu avoir lieu.

Je me dois aussi de remercier chaleureusement mes proches. Mes parents, Louise Villemure et Pierre Gilbert qui m'ont encouragée à poursuivre mes études jusqu'à ce que je découvre la discipline qui a su me séduire. J'ai pu compter sur leur support, leurs encouragements et leur soutien financier qui m'ont permis de mener à bien mes études au sein du programme d'ergothérapie. Merci à ma mère pour ses petits plats qui tombaient à point durant les fins de session et à mon père qui m'a appris à être rationnelle, ce qui diminue de beaucoup mon niveau de stress. Du fond du cœur, merci à vous deux d'avoir toujours cru en moi!

Je remercie aussi mon conjoint, Christian Tremblay, pour toutes les fois où il m'a préparé une tasse de thé réconfortante lorsque j'avais la tête enfouie dans des travaux. Je le remercie surtout pour sa présence assidue à mes côtés et pour chaque nuit où il restait éveillé afin que je me sente moins seule à étudier jusqu'aux petites heures du matin. Encore merci de m'avoir accompagnée dans ce cheminement ces dernières années en étant attentif, compréhensif et aimant.

Merci à ma sœur, Roxanne et à mon frère, Malcolm qui m'ont permis de me divertir de temps en temps et de passer du bon temps en famille. Tous ces instants en

votre présence ont été des éléments clés de ma réussite. Merci à mes amis, qui ont eu la gentillesse de comprendre que je n'avais pas toujours de temps pour eux. Surtout, merci pour leur insistance à me convaincre de prendre parfois de courts instants pour me changer les idées et préserver mon équilibre occupationnel.

Je tiens aussi à remercier mes collègues de classe qui sont devenues des amies très chères avec qui je resterai en contact. Merci de vous être vidées le cœur avec moi et d'avoir ri et pleuré en partageant nos angoisses et en faisant des travaux de dernière minute. J'apprécie tous ces beaux moments passés avec vous. Merci pour votre complicité dans l'accomplissement de cette grande étape de vie, ce but que nous avions en commun de devenir ergothérapeutes.

Finalement, un remerciement de dernière minute, mais non le moindre, à ma mère et à ma tante, Denise Villemure qui ont pris le temps de me relire afin que je puisse remettre cet essai en toute tranquillité d'esprit.

Merci de tout cœur à chaque personne qui a partagé ce parcours avec moi de près ou de loin. Je vous en serai toujours reconnaissante.

## **1. INTRODUCTION**

La pratique de l'ergothérapie au Canada peut constituer un défi quant à l'adoption d'une démarche clinique efficace et appropriée à des clients provenant de diverses cultures (Townsend et Polatajko, 2008, p. 7). Si Iwama a raison, la culture consiste en « le partage d'expériences et de significations communes qui sont situées dans un lieu et dans une époque » [traduction libre] (2006, p. 105 et p. 159). En ce sens, l'ergothérapie constitue une culture (Hammell, 2009, p. 16) où les cliniciens partagent des croyances et des façons de faire qui transparaissent dans les modèles théoriques qu'ils préconisent. Il s'ensuit que les clients et les cliniciens qui divergent de la norme culturelle des modèles ergothérapiques se voient souvent exclus du processus clinique (Iwama, Thomson et Macdonald, 2011, p. 89).

Le modèle Kawa, originalement créé pour intervenir auprès de personnes d'origine japonaise, pourrait être applicable auprès d'individus appartenant à d'autres cultures et dans différents contextes, en l'adaptant à la clientèle avec laquelle il est utilisé (Turpin et Iwama, 2011, p. 174). Peu d'études ont été menées sur la pertinence d'utiliser le modèle Kawa dans un contexte « occidental » et aucune étude n'a été répertoriée au Québec. Considérant cet état de fait, la présente étude qui consiste à explorer l'applicabilité et l'utilité du modèle Kawa auprès d'une clientèle québécoise ayant un problème de santé mentale, s'avère novatrice. Elle est également pertinente puisqu'il est demandé aux ergothérapeutes de s'impliquer davantage dans le secteur de la recherche en santé mentale (ACE, 2008). En considérant qu'une personne sur six est

atteinte, au Québec, d'un problème de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 8), il est d'autant plus important de se pencher sur l'évaluation et l'intervention en ergothérapie auprès de cette clientèle. Dans ce contexte, le modèle Kawa pourrait se révéler être un outil d'évaluation pertinent et utile aux ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle, en leur permettant d'adopter une approche centrée sur le client. Tel est l'un des postulats de cette étude qu'il convient de vérifier.

Selon Carmody et coll. (2007, p. 234), les cliniciens à travers le monde devraient compiler des études de cas basées sur leur expérience de l'utilisation du modèle Kawa avec des clientèles de diverses cultures, dans différents milieux cliniques. La présente étude de type exploratoire, qui a été menée auprès de trois experts ergothérapeutes œuvrant en santé mentale, s'inscrit dans cette recommandation. Bien que le nombre de cliniciens ayant participé à l'étude soit peu élevé (trois) et que les résultats ne soient pas généralisables, les données recueillies pourraient s'avérer utiles afin de déterminer la pertinence de réaliser une recherche de plus grande envergure dans un avenir rapproché auprès d'une clientèle ayant un problème de santé mentale. Cette étude entend donc explorer une avenue de recherche peu fréquentée, mais ô combien pertinente et nécessaire, en outre parce que trop peu de recherches sont réalisées en santé mentale comparativement au nombre de recherches effectuées en médecine physique. En effet, « La recherche sur la santé mentale requiert présentement moins de 5% des fonds de recherche en santé du Canada, et pourtant, la maladie mentale touche directement 20%

de la population » (Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2006, p. 13). Si la tendance se maintient, en 2020, les troubles dépressifs unipolaires pourraient constituer la deuxième cause de morbidité dans le monde après les maladies cardiovasculaires (Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 30). Un souci de justice et d'équité dans la recherche réalisée au Canada est donc à l'origine de cette étude associé à l'intérêt intrinsèque de bonifier les interventions ergothérapeutiques en santé mentale.

Dans l'ensemble, cet essai critique est divisé de la façon suivante. Tout d'abord, la problématique expose l'état des connaissances relatives à l'applicabilité du modèle Kawa ainsi que les critiques actuelles du modèle. Le but général de l'étude ainsi que les objectifs principaux et les questions auxquelles elle entend répondre sont ensuite exposés. Le cadre conceptuel est ensuite expliqué et mis en relation avec la thématique de l'étude. Enfin, la méthode est expliquée et justifiée, suivie des résultats de l'étude, de la discussion et de la conclusion. Afin d'enrichir le texte, cet essai comprend aussi des annexes illustrant le cadre conceptuel utilisé, le modèle Kawa, le devis de recherche, le canevas des entrevues, le formulaire de consentement et les dessins de rivières des participants-experts.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

L'étude porte sur l'approche de l'ergothérapeute travaillant en santé mentale. Plus spécifiquement, la problématique comporte quatre parties, soit : les modèles théoriques traditionnels et le modèle Kawa, l'approche centrée sur le client, l'établissement des objectifs thérapeutiques et les critiques actuelles du modèle Kawa.

### **2.1 Les modèles théoriques traditionnels et le modèle Kawa**

Les principaux modèles ergothérapiques qui ont été décrits par Polatajko et coll. (2008, p. 35-38) incluent le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), le Modèle de l'occupation humaine (MOH), le modèle Écologie du rendement humain (ERH), le modèle Personne-environnement-occupation (PEO), le modèle Personne-environnement-occupation-participation (PEOP) ainsi que le modèle Kawa. Mis à part le modèle Kawa, ces modèles peuvent être considérés comme des modèles «occidentaux et individualistes», comparativement au modèle Kawa qui peut être qualifié comme un modèle oriental et collectiviste.

Bien que les modèles théoriques permettent d'organiser des théories et des idées, ils peuvent également limiter les façons alternatives de penser (Hammell, 2006, p. 55). Par exemple, le modèle médical occidental et individualiste domine depuis longtemps les professions de réadaptation au point où l'on considère qu'il s'agit de la bonne façon d'aborder les incapacités ou les handicaps des personnes (Hammell, 2006, p. 59). Plus encore, puisque le modèle médical privilégie les connaissances biomédicales

« d'experts », il n'y a pas de rôle pour les clients dans la prise de décisions (Reynolds, 2004 cité dans Hammell, 2006, p. 59). Ne serait-il pas important que l'ergothérapeute considère le point de vue du client dans la prise de décision?

Des ergothérapeutes japonais ont travaillé dans ce sens en développant un modèle pouvant décrire, expliquer et guider les interventions en répondant aux normes culturelles de leur société asiatique (Iwama, 2006, p. 120). Le modèle Kawa a été conçu pour être utilisé comme principe de base des discussions avec les clients (Turpin et Iwama, 2011, p. 173). Le mot *Kawa* (qui signifie rivière en japonais) constitue un cours d'eau qui représente la personne, laquelle fait partie de son environnement. Elle interagit avec lui, elle l'influence et est, à son tour, influencée par celui-ci. Les obstacles rencontrés par la personne se trouvent illustrés par des roches, tandis que les ressources de la personne sont représentées par des billots de bois. À travers le dessin de la rivière d'une personne, il est possible d'explorer les difficultés que celle-ci rencontre dans ses occupations pour ensuite cibler ce qui est à travailler en ergothérapie en partant de la perception qu'elle a de sa situation (Iwama, 2006 p. 148).

Le modèle Kawa offre une flexibilité qui permet non seulement de l'appliquer auprès de différentes cultures, mais également de l'adapter à un individu en particulier (Fieldhouse, 2008, p. 105; Iwama et coll., 2011, p. 266; Lim dans Iwama, 2006, p. 204). La simplicité du modèle fait en sorte qu'il est facilement compréhensible (Fieldhouse, 2008, p. 101; Lim, 2009, p. 56; Richardson, Jobson et Miles, 2010, p. 83) ce qui aide les



clients à s'engager dans leur réadaptation (Richardson, Jobson et Miles, 2010, p. 84). Il appert que le modèle Kawa s'avère efficace à maints égards, entre autres en facilitant la démarche clinique (Carmody et coll., 2007, p.226). Plus encore, le modèle Kawa favorise la compréhension que les cliniciens ont de l'histoire de vie de leurs clients et de leurs besoins (Carmody et coll., 2007, p. 231; Richardson, Jobson et Miles, 2010, p. 84). Bien que le modèle ait été conçu à partir d'un paradigme collectiviste, comme il est un modèle projectif, il permet à tout individu (qu'il appartienne à une société collectiviste ou individualiste) de partager son univers de sens, sa subjectivité propre (Iwama, 2006, p. 140-142). Contrairement à plusieurs approches médicales occidentales qui ont été conçues à partir d'un paradigme individualiste et qui laissent peu de place à la vision collectiviste du monde, le modèle Kawa s'avère versatile (Iwama, 2006, p. 153).

## **2.2 L'approche centrée sur le client**

Bien que les ergothérapeutes se doivent d'être centrés sur le client (ACE, 2007), il faut prendre en considération que cela peut s'avérer difficile lorsque leur culture diverge de celle de leurs clients. En outre, les valeurs des ergothérapeutes ne se montrent pas toujours compatibles à celles des clients, tout comme les priorités et les objectifs d'intervention divergent parfois aussi (Hammell, 2006, p. 156). En effet, une étude de Goulet, Rousseau et Fortier souligne que malgré le fait que l'approche centrée sur le client soit prônée en ergothérapie, elle ne constitue pas une priorité pour les ergothérapeutes et les autres professionnels oeuvrant en santé mentale (2007, p. 178). À ce sujet, Iwama rapporte que les ergothérapeutes qui se disent centrés sur le client ne

démontrent pas dans les faits l'être, notamment puisqu'ils classent et organisent les problèmes des clients dans une structure, voire une culture d'intervention qui suit les modèles et le langage de l'ergothérapie plutôt que l'univers de sens des clients (2006, p. 159). En tenant compte de ces propos, il s'avère pertinent d'explorer si le modèle Kawa peut faciliter l'adoption d'une pratique centrée sur le client. Parce que ce modèle implique de dessiner une rivière, il est à supposer que cette modalité projective soit un moyen pertinent pour avoir accès au réservoir de sens du client, facilitant par voie de conséquence l'approche centrée sur le client.

Dans le même ordre d'idées, plusieurs auteurs sont d'accord sur le fait que le modèle Kawa permet d'adopter une pratique centrée sur le client, en tenant compte de la perception subjective de ce dernier (Carmody et coll., 2007, p. 232; Fieldhouse, 2008, p. 104; Lim, 2009, p. 57). Si ce modèle est utilisé correctement dans différents milieux cliniques, il devrait permettre d'obtenir une image plus globale du client et de sa subjectivité propre (Iwama, 2006, p. 176). Ce faisant, il devrait permettre de considérer tous les aspects qui entourent la personne, soit son environnement, ses ressources, ses forces, ses limites et ses objectifs personnels. Le modèle procure un cadre qui permet d'organiser et de situer les problèmes du client de manière plus signifiante, ce qui facilite ensuite les interventions centrées sur le client (Carmody et coll., 2007, p. 232; Iwama, 2006, p. 169). Ne serait-il pas souhaitable que les interventions découlent des problématiques ciblées par le client? Est-ce qu'adopter l'approche centrée sur le client

consiste à opter pour son point de vue ou collaborer avec lui, c'est-à-dire partager le pouvoir? Qu'est-ce qu'être centré sur le client?

### **2.3 L'établissement des objectifs thérapeutiques**

Le troisième versant de la problématique porte sur l'établissement des objectifs thérapeutiques des clients recevant des services en santé mentale. La recension des écrits de Goulet, Rousseau et Fortier rapporte que plusieurs recherches ont identifié une divergence entre ce que les clients et les professionnels identifient comme besoins et objectifs d'intervention (2007, p. 176). Notamment, les évaluations mesurent généralement si un client peut effectuer une activité en particulier, indépendamment de son souhait de l'entreprendre (Hammell, 2006, p. 133). À ce sujet, Ohman et Asaba soulignent qu'il importe que l'ergothérapeute prenne le temps d'écouter et de comprendre l'histoire de vie du client afin que sa pratique soit réellement centrée sur les besoins des clients et que les objectifs thérapeutiques découlent de ce que les clients identifient comme priorités d'intervention (2009, p. 27), évitant ainsi un paternalisme indu.

Les écrits en lien avec ce volet de la problématique s'avèrent également prometteurs. En effet, le modèle Kawa peut aider les ergothérapeutes à guider leur pratique et à établir des objectifs thérapeutiques avec leurs clients (Carmody et coll., 2007, p. 231; Iwama, 2006, p. 174), c'est-à-dire à collaborer avec leurs clients afin qu'ils déterminent ensemble ce sur quoi il serait bénéfique et pertinent de travailler en

intervention. En effet, la recherche démontre qu'il y a un lien entre la prise de décision partagée et les résultats positifs des suivis pour les clients (Charles et coll., 1997 cité dans Hammell, 2006, p. 161). Plus encore, selon Fieldhouse, le fait que les clients dessinent leur rivière les incite à regarder vers l'avenir, ce qui encourage l'établissement d'objectifs thérapeutiques (2008, p. 105). De plus, la discussion des différents éléments (obstacles présents, ressources environnementales, etc.) du dessin de la rivière favorise la négociation des objectifs entre l'ergothérapeute et le client (Richardson, Jobson et Miles, 2010, p. 82), chacun partageant sa compréhension de la situation.

#### **2.4 Les critiques actuelles du modèle Kawa**

En dehors des arguments qui démontrent la pertinence de mener une étude sur le modèle Kawa, la recension des écrits fait ressortir les limites possibles du modèle Kawa. Tout d'abord, certains auteurs communiquent des doutes quant à l'utilisation du modèle avec des clients ayant des difficultés d'abstraction (Richardson, Jobson et Miles, 2010, p. 83; Ilott, 2007, p. 59). Selon Richardson, Jobson et Miles, certains clients peuvent même considérer le modèle enfantin ou, au contraire, ressentir de l'inquiétude par rapport aux qualités esthétiques de leur dessin (2010, p. 83). Ensuite, Turpin et Nelson font ressortir qu'il pourrait être difficile à appliquer dans des milieux qui utilisent un cadre biomédical (2007, p. 324). Finalement, il est mentionné, par certains auteurs, que des cliniciens ont critiqué la simplicité du modèle, en ceci que des aspects importants du client sont mis de côté, voire absents (Fieldhouse, 2008, p. 102; Lim, 2009, p. 56; Richardson, Jobson et Miles, 2010, p. 84). Fieldhouse rapporte que certains professionnels identifient les

modèles complexes ou compliqués comme ayant une plus grande valeur que les modèles simples, car ils assurent une évaluation complète et précise de la situation d'une personne, ce que parviennent difficilement à faire les modèles plus simples (2008, p. 102). Fieldhouse répond à ces critiques que le fait que le modèle Kawa soit simple le rend accessible et non pas simpliste. De plus, il assure une pratique centrée sur le client, ce que d'autres modèles parviennent mal à actualiser.

Malgré ces limites, les écrits démontrent que le modèle Kawa pourrait être applicable en santé mentale (Fieldhouse, 2008, p.101; Lim, 2009, p.55; Richardson, Jobson et Miles, 2010, p.84). Il se pourrait aussi qu'il facilite l'adoption d'une pratique centrée sur le client et qu'il favorise l'établissement des objectifs thérapeutiques. Cependant, les résultats des études qui ont été menées sur l'applicabilité du modèle ne sont pas généralisables, en raison de la grande diversité des clientèles et des contextes dans lesquels les recherches ont été conduites. Compte tenu du fait qu'aucune étude n'a été menée auprès de clients québécois aux prises avec un problème de santé mentale, il demeure avisé de mener une étude exploratoire sur l'applicabilité de ce nouveau modèle ergothérapique auprès de cette clientèle. En revanche, une conséquence possible de ne pas procéder à cette étude pourrait être que les ergothérapeutes continuent à supposer que les modèles qu'ils utilisent s'avèrent les plus appropriés et permettent de cibler les difficultés occupationnelles et les besoins de tous leurs clients quand ceci n'est pas véritablement le cas (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009, p. 1127).

## **2.5 Les questions de la présente étude**

Les questions auxquelles cette étude vise à répondre sont les suivantes : quel est l'avis des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès d'adultes québécois, en ce qui a trait à la pertinence et à l'applicabilité du modèle Kawa dans leur milieu? Quelle est la perception de ses ergothérapeutes-experts quant à l'utilisation du modèle Kawa en lien avec l'établissement des objectifs thérapeutiques? Quelle est leur perception sur l'utilisation du modèle Kawa en lien avec la pratique centrée sur le client?

### **3. OBJECTIFS**

La présente étude vise à explorer si le modèle Kawa s'avère applicable et utile en santé mentale auprès d'une population québécoise adulte en poursuivant les objectifs suivants :

- Connaître l'avis d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale, en ce qui a trait à la pertinence et à l'applicabilité du modèle Kawa dans leur milieu de pratique.
- Décrire la perception d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale par rapport à l'utilisation du modèle Kawa en lien avec la pratique centrée sur le client.
- Décrire la perception d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale, en ce qui a trait à l'utilisation du modèle Kawa pour l'établissement des objectifs thérapeutiques.

En somme, il s'agit d'explorer si le modèle Kawa favorise, selon trois ergothérapeutes-experts, une bonne communication entre l'ergothérapeute et des clients aux prises avec un problème de santé mentale. L'étude vise à décrire comment des ergothérapeutes travaillant en santé mentale pourraient adopter une pratique centrée sur le client en utilisant le modèle Kawa. Plus encore, il s'agit d'explorer si le modèle Kawa permet, selon trois ergothérapeutes-experts, de cibler les difficultés occupationnelles que rencontrent les personnes ayant un problème de santé mentale.

#### **4. CADRE CONCEPTUEL**

Selon Townsend et coll., l'habilitation est au cœur de la pratique centrée sur le client (2008, p. 114). La pratique centrée sur le client est définie comme :

...les approches collaboratives qui visent à faciliter l'occupation avec les clients [...] Les ergothérapeutes démontrent du respect envers les clients et les invitent à participer à la prise de décisions, revendiquent les droits des clients dans le but de répondre à leurs besoins et ils mettent en valeur l'expérience et les connaissances des clients (ACE, 1997, 2002, cité dans Townsend et coll., 2008, p. 114).

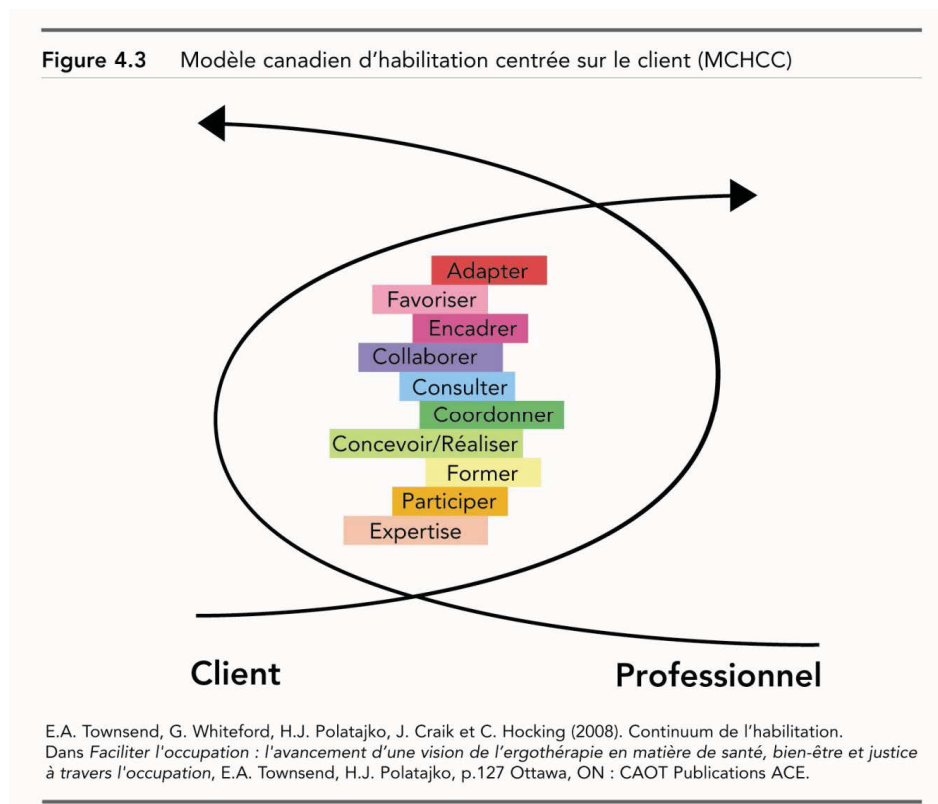
L'habilitation est quant à elle définie comme :

...les processus visant à faciliter, guider, superviser, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir et collaborer avec la personne, les groupes, les organismes ou les associations afin de mettre à leur disposition les outils permettant de diriger leur vie; l'habilitation est la base de la pratique centrée sur le client, de la justice et de la réappropriation de pouvoir d'action par le client en ergothérapie. Elle est la forme d'aide la plus judicieuse lorsqu'il s'agit d'optimiser le rendement occupationnel (ACE, 1997, cité dans Townsend et coll., 2008, p. 114).

Ces deux concepts s'avèrent intimement reliés et sont illustrés à travers le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) (Townsend et coll., 2008, p. 126). Puisque ce modèle permet de bien représenter et décrire la pratique centrée sur le client, il constitue le cadre de référence qui est utilisé afin de mener la présente étude. Ce modèle illustre la relation entre l'ergothérapeute et le client, de même que la gamme de compétences utilisées dans les relations thérapeutiques (voir l'Annexe 1 pour une description des compétences clés de l'habilitation). Le MCHCC est constitué de deux lignes courbées asymétriques qui représentent le dynamisme, la capacité de changer, la



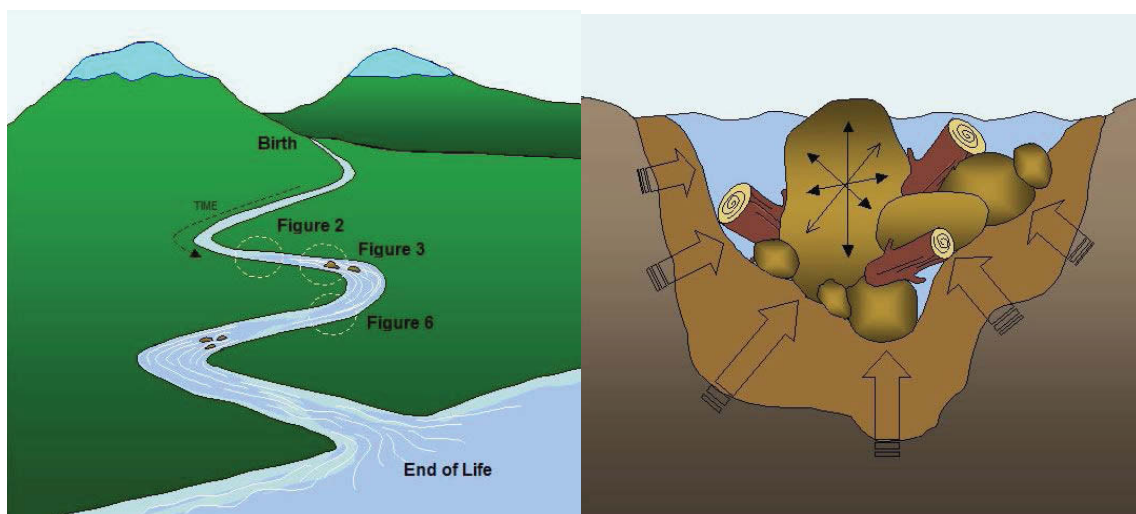
variabilité, la prise de risques et les différences de pouvoir qui s'avèrent présents dans toute relation client-professionnel (voir Figure 1).



*Figure 1.* Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client.  
Image tirée de *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, de bien-être et justice à travers l'occupation* (Townsend et coll., 2008, p. 127) et reproduite avec l'autorisation de CAOT Publications ACE.

En utilisant le MCHCC, les ergothérapeutes ont la responsabilité de guider leurs clients afin que ces derniers puissent atteindre leurs buts. Ce modèle laisse place à l'ouverture quant à l'expression des choix des clients, qui peut se faire de façon verbale ou en utilisant des moyens créatifs (Townsend et coll. 2008, p.128). C'est en ce sens qu'on le dit centré sur le client, ses préoccupations, sa vision des choses, ses valeurs et

ses croyances. Ceci vient rejoindre le modèle Kawa où la métaphore de la rivière est utilisée pour représenter le courant de vie de la personne (voir la Figure 2 pour des illustrations du modèle Kawa). Compte tenu que le MCHCC constitue un modèle ergothérapique qui sert à illustrer les compétences de base de l'ergothérapie, il se veut complémentaire au modèle Kawa qui se révèle plutôt un modèle de pratique. Par ailleurs, il a été indiqué plus tôt que plusieurs modèles ergothérapiques ne parviennent pas à laisser une voix à l'altérité propre des clients. Le MCHCC entend, à cet égard, se démarquer de ces modèles, car il vise précisément la pratique centrée sur le client. Pour ces raisons, le MCHCC a été choisi comme cadre conceptuel pour conduire cette étude.



*Figure 2.* Illustrations du modèle Kawa.  
Images tirées de [www.kawamodel.com](http://www.kawamodel.com) (Iwama, 2010) et reproduites avec l'autorisation de Dr. Michael K. Iwama

Selon Iwama, le modèle Kawa s'avère un modèle théorique et un outil que les ergothérapeutes peuvent utiliser afin de mieux comprendre le client à partir de sa perspective (Iwama, 2006, p. 228). De plus, le modèle Kawa tiendrait compte de la

relation de pouvoir entre le client et le thérapeute, tout comme le MCHCC. Il s'agit donc de voir dans quelle mesure le modèle Kawa permet de mettre en application les compétences d'habilitation du MCHCC, en basant notre analyse sur le jugement de trois ergothérapeutes d'expérience qui œuvrent en santé mentale et qui ont été rencontrés dans le cadre de ce projet d'étude.

## **5. MÉTHODE**

### **5.1 Participants**

L'échantillonnage par choix raisonné « consiste à choisir les éléments de la population sur la base de critères particuliers, afin que les éléments soient représentatifs du phénomène à l'étude » (Fortin, 2010, p. 240). Cette méthode d'échantillonnage qui consiste à recruter des « sujets répondant à des critères d'inclusion définis » (Fortin, 2010, p. 235) a permis de recruter les participants-experts que sont les trois ergothérapeutes cliniciens travaillant avec des adultes en santé mentale. Un échantillon de convenance a été effectué suite à un stage réalisé dans le cadre de la maîtrise.

Afin de pouvoir prendre part à l'expérimentation, les participants-experts devaient répondre aux critères d'inclusion suivant : avoir complété et réussi une formation d'ergothérapie dans une université québécoise, détenir un permis d'exercice de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), être membre de l'OEQ et avoir un minimum de cinq années d'expérience en tant qu'ergothérapeute travaillant en santé mentale au Québec. Le seul critère d'exclusion consistait à avoir déjà utilisé le modèle Kawa dans sa pratique. Les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à cette étude ont été contactés par téléphone et le but de l'étude leur a été expliqué. Par la suite, tel que discuté à la section 5.4, ils ont été invités à signer un formulaire de consentement avant de participer à l'étude.

## **5.2 Expérimentation**

L'expérimentation s'est déroulée lors d'une rencontre d'environ 90 minutes avec chacun des trois participants-experts. La première partie de cette rencontre a consisté à leur faire expérimenter le modèle Kawa. Il a été demandé aux participants-experts de dessiner une rivière représentant un récit de vie et de la décrire par la suite. Ils ont aussi été questionnés sur la symbolique de leur dessin, c'est-à-dire sur la signification qu'ils attribuent à l'environnement autour de leur rivière, aux forces qui favorisent leur courant de vie et aux obstacles qui y nuisent. La deuxième partie de la rencontre a, quant à elle, pris la forme d'une entrevue semi-dirigée sur la pertinence et l'applicabilité du modèle en santé mentale (voir l'Annexe 2 : Canevas pour l'entrevue semi-dirigée). Les données ont été enregistrées par audio et ont été par la suite retranscrites intégralement sous la forme de verbatims.

## **5.3 Devis méthodologiques**

Une combinaison de deux devis de recherche qualitative a été utilisée pour mener cette étude exploratoire inductive. Le devis recherche-expérimentation décrit par Paillé permet la mise à l'essai d'une stratégie, c'est-à-dire d'une méthode d'expérimentation quelconque (2004, p.7-8) (voir l'Annexe 3 pour les étapes du devis recherche-expérimentation de Paillé). Dans ce cas, la stratégie mise à l'essai réside dans l'utilisation du modèle Kawa comme modalité d'entrevue. Considérant que l'avis d'experts s'avère requis par l'entremise d'une entrevue semi-dirigée en plus de l'expérimentation du modèle auprès de ces mêmes experts, un autre devis s'avère

nécessaire pour compléter les étapes du devis de recherche de Paillé. C'est pourquoi la méthode de l'étude s'inspire également des deux premières étapes du devis ethnobiographique décrit par Bonnet (2009, p. 78-81). Ces deux premières étapes se révèlent un choix pertinent puisqu'elles incluent l'enregistrement du discours du participant-expert ainsi que la transcription des verbatims (voir l'Annexe 4 pour les étapes du devis ethnobiographique de Bonnet). Une combinaison du devis recherche-expérimentation de Paillé et de la méthode ethnobiographique de Bonnet permet d'explorer la mise à l'essai du nouveau modèle théorique qu'est le modèle Kawa auprès de trois ergothérapeutes-experts (voir Tableau 1 pour un résumé des étapes effectuées). Cette façon de procéder a permis d'obtenir de l'information directement en lien avec la problématique de la présente étude en posant des questions aux participants-experts par le biais d'une entrevue semi-structurée qui a suivi le dessin de la rivière. L'analyse thématique, une méthode d'analyse inductive inspirée de la méthode ethnobiographique, a été utilisée afin de dégager des thèmes à partir des verbatims des participants (Bonnet, 2009, p. 78-81).

Tableau 1

Étapes de la présente étude résultant d'une  
combinaison des devis de Paillé et de Bonnet

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Choix de la méthode de collecte de données</li> <li>2) Collecte de données (dessin de la rivière et entrevues semi-dirigées)</li> </ol> |
|---|

- 3) Transcription des verbatims
- 4) Analyse de contenu des verbatims
- 5) Élaboration des thématiques
- 6) Synthèse des résultats
- 7) Analyse critique des résultats
- 8) Mise en forme de la description des résultats
- 9) Discussion et critique de l'étude

#### **5.4 Considérations éthiques**

Un certificat d'éthique a été obtenu du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières afin de procéder à l'expérimentation. De plus, le but et le déroulement de l'étude ont été expliqués à chacun des trois participants-experts et un formulaire de consentement a été signé par chacun d'eux avant le début de l'étude afin d'assurer leur consentement libre, éclairé et continu (voir l'Annexe 5 pour une copie du formulaire d'information et de consentement). Les données recueillies dans le cadre de cette étude demeurent entièrement confidentielles et ne peuvent mener à l'identification des participants-experts. D'ailleurs, aucun nom n'est utilisé afin de préserver l'anonymat de ces derniers. Des numéros ont été attribués aux participants (Expert-1, Expert-2 et Expert-3).

Si au départ, il avait été prévu d'utiliser le modèle Kawa auprès de clients en santé mentale, les délais rencontrés pour obtenir une certification éthique à l'institution alors ciblée ont mené à la modification des objectifs de l'étude et à un changement dans

la sélection des participants. L'étude a donc été menée auprès de cliniciens ergothérapeutes travaillant en santé mentale, plutôt qu'auprès de clients recevant un suivi pour une problématique de santé mentale. Compte tenu des nombreuses critiques du modèle Kawa (Fieldhouse, 2008, p. 102; Ilott, 2007, p. 59; Lim, 2009, p. 56; Richardson, Jobson et Miles, 2010, p. 83-84; Turpin et Nelson, 2007, p. 324), ce changement de clientèle s'avère approprié d'un point de vue éthique. En effet, il est apparu pertinent de procéder à une étude exploratoire auprès de participants-experts avant d'expérimenter le modèle Kawa auprès de personnes ayant un problème de santé mentale, d'autant plus que cette clientèle peut parfois se trouver dans une situation de vulnérabilité. Il s'agit ici d'une précaution à prendre préalablement à l'expérimentation du modèle auprès de cette clientèle.



## **6. RÉSULTATS**

Selon les données obtenues dans le cadre de cette étude exploratoire, le modèle Kawa pourrait s'avérer un modèle de pratique complémentaire aux modèles présentement utilisés en ergothérapie dans le domaine de la santé mentale. Les participants-experts rapportent que l'adoption d'une pratique centrée sur le client pourrait être facilitée en utilisant le modèle Kawa comme modalité thérapeutique ou comme outil d'évaluation. En effet, le modèle favorise l'exploration des difficultés rencontrées par les participants-experts, en plus de faciliter l'établissement des objectifs thérapeutiques à travers la métaphore de la rivière telle que dessinée par ces derniers (voir l'Annexe 6 pour les dessins des rivières des participants-experts).

Dans cette section, les résultats sont présentés en abordant huit thèmes différents : (1) l'expérience du modèle, telle que vécue par les participants-experts, (2) l'établissement des objectifs thérapeutiques, (3) la clientèle avec laquelle le modèle pourrait être utilisé, (4) le lien thérapeutique, (5) la pratique centrée sur le client, (6) les forces et les limites du modèle, (7) les façons d'utiliser le modèle Kawa et (8) la possibilité de le combiner à d'autres modèles.

### **6.1 L'expérience du modèle Kawa telle que vécue par les participants-experts**

Les participants-experts ont rapporté que l'activité projective qui consistait à dessiner leur rivière s'est avérée difficile, en raison du peu de structure et de directives

fournies. Dans les trois cas, cela a suscité de l'anxiété, comme l'indique l'extrait suivant de l'un des verbatims.

(...) je trouvais ça difficile d'être un peu laissée à moi-même dans le dessin de ma...tsé tout ce que j'avais à faire c'est de dessiner une rivière, mais qu'est-ce que j'allais mettre, comment j'allais faire ça? (...) y'avait pas beaucoup de structure et ça m'a rendue un petit peu anxieuse.  
(Expert #1)

Ils ont aussi rapporté que cela pourrait susciter de l'anxiété pour les participants de devoir partir d'une page blanche afin de dessiner leur rivière. Un participant rapporte : « (...) quand on est devant une page blanche, je trouve que c'est un peu...c'est un peu stressant pour un patient déjà ». (Expert #2)

Cependant, suite à l'exploration de leurs dessins, les participants ont rapporté des bénéfices d'avoir expérimenté le modèle Kawa. Ils ont dit mieux comprendre ce que peuvent vivre les clients lors d'une activité projective, en plus d'avoir fait l'acquisition de certaines notions quant à l'utilisation possible du modèle Kawa dans leur pratique. « C'est là qu'on voit ce qu'on fait vivre aux patients (...) je vais avoir plus de choses à dire, juste le fait de l'expérimenter un peu ». (Expert #1)

## **6.2 L'établissement des objectifs**

Les roches représentaient une façon concrète d'identifier les objectifs sur lesquels les participants-experts désiraient travailler. « Pour moi, c'était concret de dire

ben, c'est quoi ma difficulté principale actuellement et c'est quoi l'objectif principal qui serait à travailler, faque le lien se fait facilement ». (Expert #1) De plus, la rivière facilitait la discussion et agissait en tant qu'intermédiaire métaphorique par lequel il était possible d'aborder les obstacles et les forces des participants-experts « Eum, la confiance en soi je pense. Je l'ai pas dit tantôt, mais ça serait ça parce que ... des fois ça me... tsé le débit je disais y'est élevé parce que dans ma vie ça coule là ». (Expert #1)

D'autre part, ils ont abordé l'importance de discuter du dessin de la rivière afin d'enrichir et de compléter les informations apportées par le client. Selon les participants-experts, il ne serait pas possible de cibler ce sur quoi le client veut travailler seulement en lui faisant dessiner sa rivière et les obstacles qui l'empêchent d'avancer. Un participant a dit :

(...) je pense que juste le dessin, je me serais dit ah ben y'a quelques obstacles, ça c'est des moments plus mouvementés, mais je... mais le fait d'en discuter puis le fait d'approfondir ça a mis plus de mots, c'est venu confirmer des choses. (Expert #1)

Un autre participant a rapporté qu'une grande partie du travail revient à l'ergothérapeute dans sa façon d'utiliser les outils d'évaluation : « (...) tsé comme ergothérapeute, je pense que les outils sont là, mais c'est beaucoup ce qu'on fait avec ». (Expert #2)

Ensuite, les participants-experts communiquaient des doutes quant à l'établissement des objectifs avec certaines clientèles. Un participant a donné l'exemple d'une cliente avec qui, selon lui, il serait impossible d'aller au-delà du stade de la métaphore de la rivière pour la mettre en lien avec son quotidien : « J'en ai une en tête, on ne pourrait pas faire ça [le dessin de la rivière], ça va rester vague puis on va rester dans les roches (...), faque oui l'utiliser pour les objectifs, mais pas avec tout le monde ». (Expert #3)

### **6.3 La clientèle avec laquelle le modèle Kawa pourrait être utilisé**

Les participants-experts considèrent que le modèle Kawa pourrait être applicable avec plus d'une clientèle. Cependant, tel que mentionné dans la section précédente, il se pourrait que certains clients ne disposent pas de la capacité d'abstraction nécessaire pour aller au-delà de la métaphore de la rivière. Les données obtenues font ressortir que de l'*insight* ou des capacités d'abstraction, d'introspection ou de mentalisation sont nécessaires pour que le modèle puisse être utilisé efficacement. De plus, les participants-experts se questionnent sur l'applicabilité du modèle avec une clientèle psychotique ou présentant un trouble de la personnalité.

Selon un participant, l'utilisation du modèle pourrait être facilitée en le rendant plus concret pour ces clientèles :

Plus facile, peut-être encore plus visuel, plus concret, puis le fait d'avoir déjà du matériel de pré établi un peu, de disponible, ça diminue, je pense,

la possibilité de ce qui peut être mis. C'est un peu plate, mais d'un autre côté, c'est rassurant, je pense, d'être limité, d'être comme contenu. Surtout, je pense, avec une clientèle (moi je travaille particulièrement avec les psychotiques et surtout avec cette clientèle là), je pense que c'est rassurant d'avoir un cadre. (Expert #1)

D'un autre côté, les participants-experts trouvaient que le modèle Kawa pourrait bien s'appliquer avec des clients ayant un trouble d'adaptation, une dépression ou un trouble bipolaire. De plus, un des participants a dit que le modèle Kawa s'avèrerait sans doute pertinent dans des centres de réadaptation en santé physique pour des clients ayant subi des blessures ou des traumatismes importants. Il pourrait servir de modalité d'entrevue en permettant au client d'identifier les forces qui lui reste ainsi que les facteurs facilitants dans son environnement qui pourraient l'aider à passer à travers cette épreuve difficile (selon l'Expert #3).

#### **6.4 Le lien thérapeutique**

Selon un participant-expert, il n'est pas systématiquement nécessaire d'établir un lien thérapeutique avec un client avant d'utiliser le modèle Kawa avec lui.

Bien, ça peut permettre de créer un lien pour certaines personnes [...] puis d'un autre côté, ça peut être le coup fatal que la personne ne veut plus nous voir, puisque ça a été confrontant pour elle. Faque je pense que c'est tout dépendamment de la personne qu'on a devant nous. (Expert #1)

Cependant, deux participants-experts communiquaient des réserves quant à l'utilisation du modèle Kawa dès la première rencontre avec le client. Ils mettaient

l'emphase sur l'importance de bâtir l'alliance thérapeutique avant de demander à un client de se dévoiler et faisaient aussi ressortir la différence entre un collage et le modèle Kawa :

C'est comme s'il faut préparer le monde qui vont se dévoiler. Le projectif, c'est comme s'il faut qu'ils sachent qu'ils vont se dévoiler...quoi qu'un collage... bien c'est ça, on dirait qu'un collage je le vois comme une évaluation qui amène des pistes diagnostiques [...] Tandis que ça [le modèle Kawa], je vois vraiment l'aspect plan d'intervention, relation thérapeutique, puis on va faire un bout de chemin dans la rivière ensemble.[...] Vu qu'il peut servir pour un plan d'intervention puis pour faire un suivi, je trouve qu'il faut mettre la table avant. (Expert #3)

En somme, les opinions des participants-experts sont partagées en ce qui a trait à la nécessité de bâtir un lien thérapeutique avec le client avant d'utiliser le modèle Kawa avec ce dernier.

## **6.5 La pratique centrée sur le client**

Dans leurs définitions de la pratique centrée sur le client, les participants-experts mentionnaient « être centrés sur les besoins du client », « partir des besoins du client », « aller à son rythme », « l'accompagner » et le « responsabiliser ». Puisque les interventions ciblées à l'aide du modèle Kawa partent des difficultés identifiées par le client, les données recueillies appuient le fait que ce modèle permet d'adopter une approche centrée sur le client. Un participant décrit cet aspect comme suit :

Tu débutes un suivi puis tu pars avec ça, ça reste que c'est lui qui se prononce, c'est lui qui se projette, c'est par les éléments qu'il a envie de travailler, les obstacles, tsé... c'est pas suggéré, mettons il arrive en thérapie puis tu fais l'entrevue puis juste en lisant les références tu sais un peu qu'est-ce que tu vas travailler, sauf que s'il le met pas un peu dans sa rivière, à quoi bon le travailler? Ça veut pas dire que toi tu ne seras pas là pour dire ben ça se peut-tu que là-dedans il y ait aussi telle affaire? Mais je trouve que ça l'amène à se positionner d'emblée, de façon concrète. (Expert #3)

Malgré le fait que les trois participants-experts sont d'accord sur le fait que le modèle Kawa pourrait favoriser l'adoption d'une pratique centrée sur le client, il y a une certaine réserve par rapport à la contrainte de s'imaginer en tant que rivière. Un participant explique sa réserve :

Pour moi être centré sur le patient, tsé... quand on fait une évaluation projective, déjà de lui dire qu'il est une rivière, c'est déjà un peu biaisé. Parce que tsé, peut-être que le patient ne se sent pas du tout une rivière. Il peut se sentir un trou, un abyme, il peut être ché pas... une roche, se sentir l'eau, ben je trouve que si on veut être centré sur le patient, ben si on dirige un peu la projection, on est un petit peu moins centré. Il va finir par parler de lui pareil, mais moi j'ai trouvé ça comme une contrainte. (Expert #2)

Bref, la métaphore de la rivière peut faciliter l'adoption d'une pratique centrée sur le client en lien avec l'établissement des objectifs, mais elle peut aussi la limiter si le modèle Kawa est imposé au client qui ne peut s'identifier à cette modalité d'entrevue projective, en l'occurrence à la métaphore qu'est la rivière.

## 6.6 Les forces et les limites du modèle Kawa

Les forces soulevées par les participants-experts incluent le fait que le modèle Kawa pourrait s'avérer moins confrontant qu'un questionnaire sur les détails des occupations d'un client. Un participant a souligné cet aspect :

Quand on y va directement en questionnant sur les AVQ [activité de la vie quotidienne], AVD [activité de la vie domestique], pour certains [clients] ça peut être confrontant. J'ai des gens en tête qui m'ont déjà répondu, ben là voyons, je suis capable de me laver, je suis capable de faire ci... alors que si on y va avec une approche un peu plus projective, peut-être que y'a plein de choses qui ressortiraient, sans qu'on ait nécessairement à le demander directement pi ça serait moins confrontant pour la personne (...). (Expert #1)

Ensuite, l'utilisation du modèle Kawa sous forme d'activité projective ressortait comme étant un élément positif pouvant contribuer à la réflexion du client. La nouveauté et l'originalité de ce modèle retenaient aussi l'attention des participants-experts et, surtout, la possibilité d'explorer le vécu du client selon sa perspective.

C'est une modalité qui fait changement des autres, je trouve que ça ouvre d'autres possibilités pour investiguer un peu la personne, connaître un peu plus son environnement, ses forces, ses limites, c'est un autre moyen peut-être avec des gens qui répondent pas à l'approche un peu classique de... de leur passer un peu un questionnaire faque oui ça a cette force là, ça innove. (Expert #1)

En ce qui concerne les limites, la nécessité que les clients aient une bonne capacité d'abstraction ressortait de nouveau. De plus, la contrainte de devoir se représenter par une rivière a été décrite comme « limitant » par un des participants-



experts. L'activité s'avérait limitante dans le sens où il y avait des choses précises à dessiner, mais aussi déstabilisante en raison du peu de directives données sur la façon d'effectuer le dessin de sa rivière (Expert #2). D'autre part, il s'avérait difficile pour les participants de voir de quelle façon le modèle Kawa pouvait en effet être un modèle. « [...] ça l'air bizarre ce que je vais dire, mais, j'ai de la misère à voir en quoi c'est un modèle. Je vois l'activité, je vois moins le modèle ». (Expert #3)

### **6.7 Les façons d'utiliser le modèle Kawa**

Pour faire suite au fait que les participants-experts ne voyaient pas en quoi le modèle Kawa pouvait prendre la forme d'un modèle ergothérapique, ils ont tout de même élaboré sur les contextes et les façons dans lesquels ils utiliseraient le modèle. Les données recueillies ne permettent pas d'identifier de différences significatives entre le modèle Kawa et d'autres activités projectives, outre la façon de l'administrer et le fait qu'il pourrait aider à cibler les objectifs thérapeutiques avec certains clients. Pour cette raison, le modèle Kawa serait utilisé, soit comme évaluation initiale pour aider à identifier et cibler les besoins des clients, soit comme modalité d'intervention projective avec des objectifs spécifiques. Les participants-experts ont indiqué qu'ils n'utiliseraient pas le modèle Kawa dans l'écriture de rapports en raison du jargon utilisé qui ne pourrait être compris par les clients et les autres professionnels. Un participant explique cet aspect de la façon suivante :

Parce que peut-être, oui il correspond peut-être à la culture japonaise, mais tsé les métaphores ici, on est dans un monde matérialiste, un monde où les gens... puis même, même avec le MCRO [Modèle canadien du rendement occupationnel], c'est rare que je dis aux gens le mot occupation... C'est plus, je parle beaucoup des rôles, pi eum l'identité, ce bout-là...si on parlait avec ce langage-là que ton courant est bloqué, ben moi je me sentirais pas à l'aise. (Expert #2)

### **6.8 La possibilité de combiner le modèle Kawa à d'autres modèles de pratique**

Le Modèle Canadien du rendement occupationnel (MCRO) est le modèle qui est utilisé par les trois participants-experts dans la rédaction de leurs rapports. Ces derniers affirment utiliser ce modèle en raison de son vocabulaire simple et facilement accessible aux autres professionnels de la santé. De plus, la philosophie du MOH est aussi utilisée dans leur pratique de tous les jours. Les participants-experts disent s'inspirer du MOH dans la rédaction de leurs rapports malgré le fait qu'ils utilisent un canevas MCRO. Ils conçoivent que le modèle Kawa pourrait facilement être utilisé ainsi en le combinant à un de ces deux modèles pour étoffer l'analyse de la situation du client. Un parallèle assez étroit a d'ailleurs été fait avec le MOH :

Si on fait le parallèle avec le MOH, c'est un peu ses déterminants personnels, ses forces, ses limites, son environnement qui est le... tout ce qui est autour puis même à l'intérieur de la rivière. Faque ça rejoint vraiment les autres modèles, mais sous une autre forme. Faque pour moi oui, on parle de la même chose, mais d'une façon différente. (Expert #1)

De façon globale, les participants-experts s'entendent pour dire que le modèle Kawa pourrait permettre d'adopter une pratique centrée sur le client dans la mesure où

les clients sont ouverts à une modalité projective sous la forme d'un dessin de rivière. Si tel est le cas, ce modèle pourrait s'avérer utile dans l'établissement des objectifs thérapeutiques à travers l'exploration de l'environnement, des difficultés, des forces et des ressources de la personne selon sa perspective propre, mis à part pour les clientèles suivantes : personne ayant un trouble de la personnalité limite, un trouble psychotique ou une capacité d'abstraction limitée.

## **7. DISCUSSION**

Cette étude visait à explorer si le modèle Kawa pourrait être utilisé par des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès d'une population québécoise adulte. De façon plus précise, elle cherchait à décrire la perception des ergothérapeutes travaillant en santé mentale en ce qui a trait à la pertinence et à l'applicabilité du modèle Kawa dans leur milieu de pratique. Plus encore, la présente étude cherchait à comprendre comment le modèle Kawa pourrait être utilisé afin d'explorer les difficultés occupationnelles des clients et d'aider ces derniers à cibler des objectifs thérapeutiques, en vue de favoriser l'adoption d'une pratique centrée sur le client.

La présente section discute des conséquences pour la pratique de l'ergothérapie qu'engendrent les résultats de cette étude. Pour discuter de ces conséquences, le cadre conceptuel de cette étude sera utilisé, soit le MCHCC, afin d'organiser l'analyse des résultats selon les principales compétences du MCHCC. Aussi, il sera question des forces et des limites de l'étude. Cela dit, avant de discuter de ces éléments, certaines considérations générales sont formulées.

### **7.1 Considérations générales**

Tout d'abord, il s'est avéré que l'absence de consignes claires sur la façon d'utiliser le modèle Kawa en tant que modalité d'entrevue a été un facteur angoissant pour les participants-experts qui se retrouvaient devant une page blanche. Cependant, ils ont soulevé que le fait d'expérimenter le modèle favorisait leur compréhension de ce que

peuvent vivre les clients lors d'une activité projective. Ce constat peut être relaté à la nécessité d'établir un lien thérapeutique entre le client et le thérapeute avant d'entamer ce processus, chose qui n'a pas été faite dans le cadre de cette étude. Entre autres, les résultats démontrent qu'il s'avère important de bâtir un lien thérapeutique avec le client avant de lui demander de se dévoiler et surtout avant même de penser à établir les objectifs thérapeutiques avec lui. Le MCHCC illustre bien ce concept par le croisement de deux lignes qui représentent les limites de la relation client-thérapeute (voir Figure 1 dans la section trois relative au cadre conceptuel). Le croisement de ces lignes représente la première étape (Aborder/Initier) du Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC), c'est-à-dire du processus clinique (voir la Figure 3 pour une illustration du CCPPC) (Craik, Davis et Polatajko, 2008, p. 266-268). Ce premier point de contact avec le client doit être positif, d'où la nécessité d'établir un lien thérapeutique avec ce dernier avant d'entamer le reste du processus clinique, ce qui va de pair avec les résultats obtenus.

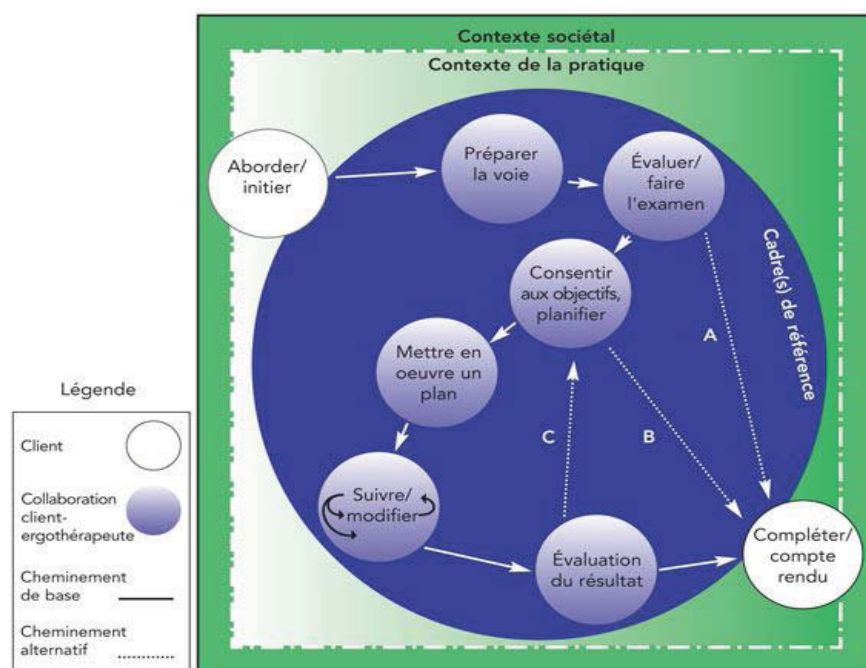
## **7.2 Conséquences pour la pratique**

### **7.2.1. Adapter.**

La façon dont la relation client-thérapeute est initiée se rapporte à la compétence « Adapter » du MCHCC puisque cette compétence demande à l'ergothérapeute d'ajuster son approche à la situation du client (Townsend et coll., 2008, p. 135). En outre, il importe que l'ergothérapeute qui utilise le modèle Kawa soit en mesure de le présenter à son client de façon à ce qu'il ait du sens pour lui. Notamment,

les résultats de cette étude démontrent que l'ergothérapeute a une part importante de responsabilité concernant la manière dont il utilise les outils d'évaluation à sa disposition. En accord avec ce constat, Corring et Cook rapportent que la façon dont les ergothérapeutes agissent et font les choses importe souvent plus que ce qui est fait (2006, p. 114). En effet, comment peut-on s'attendre à ce que le modèle Kawa favorise l'établissement des objectifs s'il est mal expliqué au client?

Figure 9.1 Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC)



Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2008). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. p. 266 Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

Figure 3. Cadre conceptuel du processus de pratique canadien.  
Image tirée de la présentation de *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, de bien-être et justice à travers l'occupation* (ACE, 2012) et reproduite avec l'autorisation de CAOT Publications ACE.

### **7.1.2. Revendiquer.**

La compétence « Revendiquer » du MCHCC fait appel à l'esprit critique de l'ergothérapeute en lui demandant de remettre en question sa pratique quotidienne, de promouvoir de nouvelles façons de faire et de plaider en faveur du client (Townsend et coll., 2008, p. 136). Même si ces aspects n'ont pas été abordés directement par les participants-experts, ces derniers ont souligné la nouveauté et l'originalité du modèle en mettant l'emphasis sur la possibilité d'explorer le vécu du client à partir de sa perspective propre. Le modèle Kawa constitue une nouvelle avenue d'évaluation et d'intervention, c'est-à-dire une autre façon d'interagir avec le client, qui peut être explorée par les ergothérapeutes. De plus, en prenant part à cette étude, les participants-experts se sont livrés à l'exercice de remettre en question leur pratique en la comparant à ce que le modèle Kawa pourrait apporter, ce qui contribue à une pratique réflexive de la profession (Kinsella, 2000).

Le modèle Kawa permet aux ergothérapeutes de connaître les objectifs et les points de vues de leurs clients et en prenant conscience de ces éléments, les ergothérapeutes gardent aussi en tête les raisons pour lesquelles ils doivent revendiquer pour leurs clients. En somme, l'introduction du modèle Kawa dans les milieux cliniques pourrait susciter une réflexion critique quant à la pratique des ergothérapeutes travaillant en santé mentale. De plus, l'utilisation du modèle en tant qu'outil faciliterait la revendication des droits des clients selon les difficultés, les besoins et les priorités que ces derniers soulèvent.

### **7.1.3. Coacher/Encadrer.**

Un lien étroit entre cette compétence et la pratique centrée sur le client se reflète dans les résultats de cette étude. Notamment, les participants-experts décrivent la pratique centrée sur le client comme « aller à son rythme », « l'accompagner » et le « responsabiliser ». Ces termes rejoignent la définition de « Coacher/Encadrer » qui exige de l'ergothérapeute qu'il maintienne un partenariat avec son client tout en le guidant et en l'encourageant (Townsend et coll., 2008, p. 138).

Les participants-experts considèrent que le modèle Kawa pourrait favoriser l'adoption d'une pratique centrée sur le client. Si cela s'avère vrai, il se pourrait aussi que l'adoption de la compétence « Coacher/Encadrer » soit facilitée par le fait même. Plus encore, un participant a souligné que le dessin de la rivière pourrait permettre aux ergothérapeutes de guider leurs clients et de leur apporter des pistes de solution possibles (i.e. un ergothérapeute pourrait suggérer à son client d'ajouter un obstacle qu'il n'avait pas vu dans sa rivière ou bien lui suggérer une façon de retirer cet obstacle). Le modèle Kawa pourrait donc permettre aux ergothérapeutes de donner de la rétroaction aux clients par le biais du dessin de leur rivière.

### **7.1.4. Collaborer.**

La collaboration implique un partage de pouvoir et un travail concerté entre le client et le thérapeute (Townsend et coll., 2008, p. 138-139) et, lorsque vient le temps d'établir des objectifs thérapeutiques, ce partenariat s'avère nécessaire. Selon les



participants-experts, la concrétude du modèle Kawa s'est révélée un facteur aidant dans l'établissement des objectifs thérapeutiques, favorisant ainsi une collaboration client-thérapeute. Cependant, ils ont aussi souligné qu'il s'avère primordial de clarifier les informations apportées par le client et d'aborder ses forces et ses obstacles, avant de le guider vers l'établissement de ses objectifs personnels. En accord avec ce point, Sumsion souligne l'importance d'accorder du temps à la discussion des objectifs thérapeutiques avec le client afin de s'assurer qu'ils sont bien compris par ce dernier et par l'ergothérapeute (2006, p. 26). En vertu de l'importance de cette collaboration entre le client et le thérapeute, il s'avère pertinent de considérer le modèle Kawa comme un outil de communication pouvant faciliter l'application de cette compétence. Néanmoins, ce partenariat doit s'étendre au-delà des limites du modèle Kawa et demande à ce l'ergothérapeute et le client travaillent ensemble pour arriver à des solutions, et ce, tout le long de l'intervention thérapeutique.

#### **7.1.5. Consulter.**

La compétence « Consulter » va de pair avec la compétence « Collaborer ». En effet, lorsque l'on consulte un client, on lui demande son avis, c'est-à-dire, on le concert par rapport à sa situation (Townsend et coll., 2008, p. 140). Cette compétence s'avère complémentaire à la collaboration qui elle, demande un approfondissement de la relation client-thérapeute pour arriver à un partenariat.

En ce qui a trait à la consultation du client, les données recueillies dans le cadre de cette étude suggèrent que le modèle Kawa pourrait être utilisé comme modalité projective lors de l'évaluation initiale ou lors des interventions. Ce faisant, l'ergothérapeute demande conseil au client en regard aux éléments qu'il soulève dans son dessin de la rivière. Les participants-experts soulèvent ici l'importance de discuter de la production (dessin de la rivière) du client afin d'enrichir et de compléter les informations qu'il a apportées. Ils rapportent qu'à elle seule, cette modalité projective ne peut pas servir de consultation, il faut savoir comment aller chercher l'information auprès du client en le questionnant au-delà de ce que le modèle Kawa peut apporter comme outil quant à l'information recueillie.

#### **7.1.6. Coordonner.**

La compétence « Coordonner » consiste à favoriser l'interaction entre différentes ressources, à intégrer l'information, en faire la synthèse et la documenter (Townsend et coll., 2008, p. 141). Cette compétence peut être reliée à la rédaction de rapports qui servent à documenter les informations du client, mais aussi à les communiquer avec les autres professionnels. Tout d'abord, même si le modèle Kawa pouvait s'avérer un outil de travail pertinent pour les ergothérapeutes travaillant en santé mentale au Québec, les trois participants-experts qui ont pris part à cette étude disent qu'ils ne l'utiliseraient pas pour rédiger des rapports en raison du jargon utilisé. Notamment, il pourrait être difficile pour les autres professionnels de comprendre ce à quoi les ergothérapeutes font référence lorsqu'ils décrivent la rivière de leur client dans un rapport.

Mis à part ce constat, les participants-experts sont d'accord pour dire que le modèle Kawa pourrait facilement être combiné à d'autres modèles ergothérapeutiques (comme le MCRO) dont le vocabulaire est facilement compréhensible par les autres professionnels. De fait, le modèle Kawa pourrait être utilisé comme cadre théorique complémentaire aux modèles de pratique utilisés dans les différents milieux cliniques.

En somme, le modèle Kawa utilisé à lui seul comme modèle de rédaction ne favoriserait pas une coordination adéquate. Il s'avère nécessaire de le combiner à d'autres modèles de pratique afin de le rendre compréhensible aux différents professionnels de la santé, favorisant ainsi une meilleure coordination des ressources.

#### **7.1.7. Concevoir/Réaliser.**

La flexibilité du modèle Kawa fait en sorte qu'il n'y a pas de façon spécifique de l'utiliser. Ceci laisse place à la créativité et à l'imagination du thérapeute et du client qui veulent l'utiliser comme outil. Iwama encourage d'ailleurs les ergothérapeutes à explorer des méthodes différentes et créatives pour utiliser le modèle Kawa (Iwama, 2006, p. 164). La compétence « Concevoir/Réaliser » qui demande à l'ergothérapeute d'imaginer, de créer, de concevoir et d'élaborer des produits (Townsend et coll., 2008, p. 143), trouve facilement sa place dans l'utilisation du modèle Kawa. En effet, les participants-experts ont nommé diverses façons de l'utiliser : avec différentes clientèles, en changeant les médiums thérapeutiques, en l'utilisant en individuel ou en groupe, comme modalité d'intervention, comme évaluation initiale ou comme outil dans

l'établissement des objectifs thérapeutiques. Le modèle Kawa s'avère un nouveau modèle de pratique faisant en sorte qu'il cadre avec cette compétence qui fait appel à de nouvelles idées. Considérant qu'il s'agit d'un modèle flexible que l'ergothérapeute est libre d'explorer, les possibilités quant à son utilisation demeurent multiples.

#### **7.1.8. Favoriser.**

Quoi que le modèle Kawa ne permette pas directement de faire de l'enseignement, il peut servir de guide aux ergothérapeutes et aux clients qui l'utilisent afin de cibler ce qui doit être travaillé en intervention. Tout comme il a été mentionné pour la compétence « Coacher/Encadrer », il est possible de faire usage du dessin de la rivière pour guider le client et lui apporter des pistes de solution.

Townsend et coll. rapportent que la compétence « Favoriser » consiste à employer des pratiques d'andragogie et d'apprentissage expérientiel (2008, p. 144). L'expérience vécue par les participants-experts peut être comparée à cette définition. En effet, les participants-experts ont rapporté que le fait d'expérimenter le modèle Kawa les a aidés à mieux comprendre ce que peuvent vivre les clients qui prennent part à une activité projective « C'est là qu'on voit ce qu'on fait vivre aux patients (...) je vais avoir plus de choses à dire, juste le fait de l'expérimenter un peu » (Expert #1). La remarque faite par ce participant-expert s'accorde avec les pratiques d'apprentissage expérientiel. Tout comme les participants-experts ont dit mieux comprendre le modèle Kawa en l'expérimentant, il se pourrait que son utilisation auprès des clients permette à ces

derniers de mieux intégrer certains apprentissages. Le modèle Kawa pourrait aider les ergothérapeutes à favoriser l'apprentissage des clients.

#### **7.1.9. Mobiliser.**

Pour mobiliser un client, il faut l'impliquer, le mettre au défi et le faire participer à sa thérapie (Townsend et coll., 2008, p. 146), ce qui nécessite l'adoption d'une pratique centrée sur le client. Tel qu'identifié dans l'étude de Carmody et coll., le modèle Kawa peut appuyer l'adoption d'une pratique centrée sur le client en servant d'intermédiaire entre le client et le thérapeute (2007, p. 232). Il est souhaitable d'adopter une approche centrée sur le client et de l'inclure davantage dans la prise de décision. La remise du pouvoir au client requiert que l'ergothérapeute lui fournisse les informations qui lui seront nécessaires dans sa réflexion et dans sa participation à l'établissement des objectifs thérapeutiques (Sumsion, 2005, p. 16-17). Le modèle Kawa facilite la collaboration entre le client et le thérapeute et met en valeur le point de vue de ce dernier. En effet, les participants-experts ont rapporté que ce modèle pourrait inciter le client à prendre position sur les difficultés qu'il vit, ses attentes et les objectifs qu'il désire travailler. Cette implication du client dans sa thérapie s'inscrit donc à l'intérieur de la compétence « Mobiliser » du MCHCC.

#### **7.1.10. Appliquer l'expertise.**

Le modèle Kawa ne permet pas d'appliquer des techniques spécifiques ou des compétences spécialisées telles que décrites dans la description de cette compétence

(Townsend et coll., 2008, p. 148). Cependant, il importe de connaître la façon dont le modèle Kawa peut être utilisé et avec quelles clientèles. Selon l'avis des participants-experts, le modèle Kawa pourrait être applicable avec une diversité de clientèles en santé mentale, à condition qu'elles démontrent les capacités d'abstraction nécessaires pour comprendre et utiliser le modèle efficacement. En effet, les participants-experts ont soulevé qu'il pourrait s'avérer difficile d'utiliser le modèle avec des clientèles présentant des troubles de la personnalité limite ou des troubles psychotiques. Toutefois, la possibilité d'adapter le modèle pour certains clients en le rendant plus concret et plus structuré s'est avérée une piste de solutions possibles pour l'utilisation du modèle Kawa avec les clientèles mentionnées ci-haut. En ce sens, le modèle Kawa permet à l'ergothérapeute d'appliquer son expertise.

### **7.3 Forces et limites de l'étude**

Jusqu'à présent dans la discussion, il a été question des différentes compétences du MCHCC en lien avec les résultats de la présente étude. Le modèle Kawa cadre bien avec ces différentes compétences et il pourrait s'avérer pertinent et applicable en clinique. Cependant, certaines critiques ont été soulevées dans le cadre de cette étude. Entre autres, les participants-experts doutaient de la capacité de certains clients à conceptualiser la rivière en raison des capacités d'abstraction nécessaires pour le faire. Néanmoins, en démontrant une pratique centrée sur le client via l'application des différentes compétences du MCHCC, les ergothérapeutes pourraient adapter le modèle Kawa aux besoins de ces clients. D'autre part, les participants-experts communiquaient

une certaine réserve en ce qui a trait à la contrainte de s'imaginer en tant que rivière et ne trouvaient pas que cela favorisait la pratique centrée sur le client. Ceci peut toutefois être expliqué par une des limites de l'étude, c'est-à-dire que des explications précises sur le modèle avaient été données aux participants-experts dans le formulaire de consentement. En effet, ceci a pu biaiser l'étude par le fait que les participants-experts se sentaient obligés de dessiner la rivière, telle qu'elle avait été décrite dans le formulaire de consentement. Ces détails ne sont pas fournis en contexte clinique où Iwama suggère de donner le minimum de directives au client en lui demandant simplement de dessiner une rivière qui représente sa présente situation de vie (2006, p. 164).

Aussi, cette étude présente d'autres limites. Tout d'abord, elle a été menée avec un nombre peu élevé de participants-experts travaillant au sein d'un même établissement en santé mentale limitant ainsi la généralisation des résultats obtenus. Il faut aussi considérer le manque d'expérience de l'étudiante-chercheuse en recherche, mais également en lien avec l'utilisation du modèle Kawa comme modalité d'entrevue. D'autre part, cette étude reflète la perception d'ergothérapeutes et non celle de clients. Par contre, ceci s'avérerait une étape préalable à la mise en place d'une étude menée auprès de clients. En plus d'être non généralisables au secteur de la santé mentale, les résultats ne sont pas généralisables à d'autres milieux cliniques. À la lumière des résultats de cette étude exploratoire, il serait intéressant de mener d'autres études qualitatives de plus grande envergure dans différents milieux cliniques auprès de différentes clientèles pour explorer la pertinence d'utiliser ce nouveau modèle

d'intervention disponible aux ergothérapeutes. Éventuellement, des études quantitatives pourraient aussi mesurer l'efficacité de ce modèle en le comparant, par exemple, à d'autres modèles d'intervention plus traditionnels.



## **8. CONCLUSION**

Cette étude avait comme but d'explorer si le modèle Kawa pourrait être utilisé par des ergothérapeutes travaillant en santé mentale au Québec auprès d'une clientèle adulte en obtenant la perspective de trois ergothérapeutes-experts œuvrant dans ce domaine. Plus encore, cette étude cherchait à répondre aux questions suivantes : quel est l'avis des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès d'adultes québécois, en ce qui a trait à la pertinence et à l'applicabilité du modèle Kawa dans leur milieu? Quelle est la perception de ses ergothérapeutes-experts quant à l'utilisation du modèle Kawa en lien avec l'établissement des objectifs thérapeutiques? Quelle est leur perception sur l'utilisation du modèle Kawa en lien avec la pratique centrée sur le client?

Les résultats de cette étude démontrent que le modèle Kawa pourrait s'avérer un outil utile pour l'établissement des objectifs thérapeutiques en favorisant l'adoption d'une pratique centrée sur le client. Entre autres, le modèle Kawa pourrait être utilisé en santé mentale comme modalité projective en cours d'évaluation initiale ou lors des interventions, mais devrait être combiné à des modèles théoriques dont le vocabulaire est plus facilement compréhensible par d'autres professionnels de la santé. Ce modèle facilite la collaboration entre le client et le thérapeute et peut favoriser l'adoption d'une pratique centrée sur le client. D'autre part, le modèle Kawa répond bien aux compétences d'habilitation du MCHCC puisqu'il invite le client à collaborer, à prendre part à sa thérapie, à s'impliquer et à participer à la prise de décision tout au long du processus clinique.

Finalement, cette étude de type exploratoire constituait une étape préliminaire à la mise en place d'autres recherches. Compte tenu des résultats obtenus, il s'avère pertinent de réaliser une recherche de plus grande envergure visant à explorer l'utilité et la pertinence du modèle Kawa auprès de différentes clientèles. En effet, tel que mentionné plus haut, peu d'études ont été menées sur la pertinence d'utiliser le modèle Kawa dans un contexte « occidental » et très peu de recherches sont effectuées dans le domaine de la santé mentale au Canada. Une compilation de plusieurs études faites auprès de clients dans différents milieux cliniques demeure une avenue de recherche fort séante, tel que recommandé par Carmody et coll. (2007, p. 234).

## RÉFÉRENCES

- Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. (2006). *Cadre d'action sur la maladie mentale et la santé mentale : Recommandations aux décideurs des politiques sociales et de santé du Canada pour un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale*. Repéré à : [http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/science\\_and\\_research/Framework%20for%20Action%20French%20Final%20HIGH%20\(2\).pdf](http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/science_and_research/Framework%20for%20Action%20French%20Final%20HIGH%20(2).pdf)
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Repéré à : <http://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2008). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et les soins de santé mentale*. Repéré à : <http://www.caot.ca/default.asp?pageID=1290>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Lexique de l'ACE*. Repéré à : [http://www.caot.ca/pdfs/CAOT\\_Lexicon\\_2011\\_fnl.pdf](http://www.caot.ca/pdfs/CAOT_Lexicon_2011_fnl.pdf)
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Présentation de Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Repéré à : [http://www.caot.ca/caot\\_search.asp?q=pr%20E9sentation+faciliter+l%27occupatio n&cx=009322695603793949461%3Anm2an56crnc&cof=FORID%3A11&ie=UTF-8&x=5&y=8](http://www.caot.ca/caot_search.asp?q=pr%20E9sentation+faciliter+l%27occupatio n&cx=009322695603793949461%3Anm2an56crnc&cof=FORID%3A11&ie=UTF-8&x=5&y=8)
- Bonnet, J. (2009) Ethnobiographie. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris, A.Colin, p. 78-81
- Carmody, S., Nolan, R., Chonchuir, N., Curry, M., Halligan, C., et Robinson, K. (2007). The guiding nature of the kawa (river) model in Ireland: creating both opportunities and challenges for occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 14(4), p. 221-236.
- Corring, D.J. et Cook, J.V. (2006). *Ask, listen and learn: what clients with a mental illness can teach you about client-centred practice*. Dans T. Sumsion, *Client-Centred Practice in Occupational Therapy* (Second Edition). Toronto, ON; Churchill Livingstone, p. 107-122.

- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H.J. (2008). *Présentation du cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC) : Développer le contexte*. Dans E. Townsend et H. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON; CAOT Publications ACE, p. 261-280
- Fieldhouse, J. (2008). Using the Kawa Model in practice and in education. *Mental Health Occupational Therapy*, 13(3), p. 101-106.
- Fortin, M-F. (2010). *La population et l'échantillon*. Dans M-F. Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière, p. 223-248.
- Goulet, C., Rousseau, J., et Fortier, P. (2007). Recension des écrits sur la perception des intervenants et des clients à l'égard de l'approche client en psychiatrie. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 74(3), p. 172-182.
- Hammell, K.W. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation : Contesting assumptions; Challenging practice*. New York ; Churchill Livingstone Elsevier, 258p.
- Hammell, K.W. (2009). Les textes sacrés : Un examen sceptique des hypothèses qui sous-tendent les théories sur l'occupation. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 76(1), p. 14-22.
- Ilott, I. (2007). The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy. *Learning In Health & Social Care*, 6(1), p. 59-60.
- Iwama, M.K. (2006). *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. Edinburgh ; Toronto ; Churchill Livingstone Elsevier, 241p.
- Iwama, M.K. (2010). Concepts & Structure. Repéré à <http://www.kawamodel.com/>
- Iwama, M.K., Farhan, H., Hanrahan, E., Kaufman, A., Nelson, A. et Patel, N. (2011). *The Kawa (river) model: culturally responsive occupational therapy without borders*. Dans F. Kronenberg, N. Pollard et D. Sakellariou (Éds), *Occupational Therapies Without Borders : Volume 2*. Edinburgh, New York, Churchill Livingstone/Elsevier, p. 257-267
- Iwama, M. K., Thomson, N. A., et Macdonald, R. M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability & Rehabilitation*, 31(14), p. 1125-1135.

- Iwama, M.K., Thomson, N.A. et MacDonald, R.M. (2011). *Situated meaning : a matter of cultural safety, inclusion, and occupational therapy*. Dans F. Kronenberg, N. Pollard et D. Sakellariou (Éds), *Occupational Therapies Without Borders : Volume 2*. Edinburgh, New York; Churchill Livingstone/Elsevier, p. 85-92.
- Kinsella, E.A. (2000). *Perfectionnement professionnel et pratique réflexive : stratégies d'apprentissage fondées sur l'expérience professionnelle : guide à l'intention des praticiens du domaine de la santé*. Ottawa, CAOT Publications ACE.
- Lim, K. (2009). Ebb and flow: reflections on the Kawa Model in practice and education... *Occupational Therapy. Mental Health Occupational Therapy*, 14(2), p. 55-57.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. (Publication no 2-550-44549-X), repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ohman, J., et Asaba, E. (2009). Goal setting in occupational therapy: a narrative study exploring theory and practice in psychiatry. *WFOT Bulletin*, p. 22-28.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Repéré à [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf)
- Paillé, P. (2004). Douze devis méthodologiques pour une recherche de maîtrise en enseignement, repéré à : <http://www1.educ.usherbrooke.ca/cours/maestria/doc/12guiasmetodologicas.PDF>
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et coll. (2008). *Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base*. Dans E. Townsend et H. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON; CAOT Publications ACE, p. 15-42
- Richardson, P., Jobson, B., et Miles, S. (2010). Using the Kawa model: a practice report. *Mental Health Occupational Therapy*, 15(3), p. 82-85.
- Sumsion, T. (2005). Facilitating client-centred practice : Insights from clients. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 72(1), p. 13-20.
- Sumsion, T. (2006). *Overview of Client-centred practice*. Dans T. Sumsion, *Client-Centred Practice in Occupational Therapy (Second Edition)*. Toronto, ON; Churchill Livingstone, p. 1-18

- Townsend, E.A. et Polatajko, H.J. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa (ON); CAOT Publications ACE, 464 p.
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J. et coll. (2008). *L'habilitation : la compétence de base de l'ergothérapie*. Dans E. Townsend et H. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON; CAOT Publications ACE, p. 101-154
- Turpin, M. et Iwama, M.K. (2011). *Using Occupational Therapy Models in Practice*. Edinburgh; New York, Churchill Livingstone/Elsevier
- Turpin, M. et Nelson, A. (2007). Book Review. The Kawa Model: Culturally relevant occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 72, p. 323-324.

### ANNEXE 1 : Compétences clés de l'habilitation en ergothérapie

Compétences	Brève définition
<b>Adapter</b>	Rendre adéquat ou ajuster pour une situation particulière
<b>Revendiquer*</b>	Soulever des perspectives critiques, promouvoir, mobiliser, remettre en question
<b>Coachier/Encadrer*</b>	Établir et maintenir un partenariat continu, encourager, orienter.
<b>Collaborer</b>	Partager le pouvoir. Travailler en concert avec le client.
<b>Consulter</b>	Demander l'avis et le conseil du client, conseiller, se concerter.
<b>Coordonner</b>	Relier les gens avec des ressources, diriger des équipes, établir et gérer
<b>Concevoir/Réaliser</b>	Imaginer, créer et élaborer des produits. Concevoir, visualiser.
<b>Favoriser*</b>	Employer des pratiques d'andragogie et d'éducation. Informer, renseigner.
<b>Mobiliser*</b>	Impliquer, faire participer, bâtir la confiance, mettre au défi
<b>Appliquer l'expertise*</b>	Utiliser des techniques spécifiques ou des compétences spécialisées

Tableau adapté du *Tableau 4.5 : Compétences clés de l'habilitation en ergothérapie : un aperçu de la gamme de compétences* (Townsend et coll. 2008, p. 130-131) et du *Tableau 4.6 : Gamme de compétences clés et autres compétences connexes de l'habilitation en ergothérapie* (Townsend et coll. 2008, p. 132)

\*La mise à jour de ces termes a été faite en 2011. Ils ont été tirés du lexique de l'ACE (ACE, 2011)

## **ANNEXE 2 : Canevas pour l'entrevue semi-dirigée**

1. Est-ce que vous avez déjà entendu parler du modèle Kawa? Si oui, l'avez-vous déjà utilisé?
2. Quel modèle utilisez-vous dans votre milieu? Pensez-vous que ce modèle vous permet d'être centré sur le client?
3. Définissez l'approche centrée sur le client.
4. L'association canadienne des ergothérapeutes décrit la pratique centrée sur le client comme étant une « approche de partenariat et de collaboration permettant de promouvoir l'occupation chez des clients » (ACE, 1997). Quelle est votre opinion par rapport à l'utilisation du modèle Kawa en lien avec la pratique centrée sur le client?
5. Comment décririez-vous votre expérience du modèle Kawa comme modalité d'entrevue?
6. Utilisez-vous des activités projectives? Si oui, comment le modèle Kawa diffère-t-il de ces activités projectives?
7. L'utiliseriez-vous?
8. Avec quelles clientèles travaillez-vous et avez-vous travaillées?
9. Quelle est votre opinion sur l'utilisation et l'applicabilité du modèle Kawa dans votre milieu clinique spécifiquement?
10. Quelle est votre opinion sur l'utilisation et l'applicabilité du modèle Kawa dans des milieux cliniques en général?
11. Avec quelles clientèles est-ce que vous croyez qu'il puisse être utilisé?



12. Quelle est votre opinion par rapport à l'utilisation du modèle Kawa en lien avec l'établissement d'objectifs thérapeutiques?
13. Selon vous, quelles sont les forces et les limites du modèle Kawa?
14. À quel moment est-ce que vous utiliseriez le modèle Kawa dans le processus clinique? (évaluation initiale, intervention, évaluation finale?)
15. Est-ce que vous croyez qu'il est nécessaire d'établir un lien thérapeutique avec le client avant d'utiliser le modèle ou s'il peut servir à établir ce lien?
16. Croyez-vous que le modèle Kawa pourrait être utilisé en complémentarité avec un autre modèle? Si oui, lequel?
17. Combien d'années d'expérience est-ce que vous avez comme ergothérapeute?  
Comme ergothérapeute en santé mentale?

**ANNEXE 3 : Les étapes du devis recherche-expérimentation de Paillé**

(Paillé, 2004, p. 7-8)

- 1) Choix des méthodes de collecte des données de l'aspect recherche
- 2) Préparation des outils conceptuels et techniques
- 3) Mise en place des conditions de l'expérimentation
- 4) Expérimentation et collecte des données de la recherche
- 5) Répétition de 3 et 4 si prévu
- 6) Analyse des données de la recherche-expérimentation
- 7) Mise en forme de la description des résultats
- 8) Critique de l'expérimentation et recommandations

#### ANNEXE 4 : Les étapes du devis ethnobiographique de Bonnet

(Bonnet, 2009, p. 79-80)

La méthode de l'*ethnobiographie plurielle* consiste à « croiser » un certain nombre de récits de vie : soit un petit nombre de biographies qui, dans ce cas, doivent être intensives, soit un grand nombre de biographies qui sont alors extensives.

1) La collecte, le recueil du matériel, constitue la première étape de la démarche ethnobiographique. Suivant notre distinction initiale, la démarche méthodologique différera en fonction de la nature du corpus souhaité par le programme de recherche, récit unique ou récits cumulés. La collecte du récit unique est réalisée à partir d'entretiens centrés sur des événements et des situations vécus par le narrataire, par le moyen d'entretiens répétés, au rythme et à la convenance du narrateur, le plus souvent sur le ton de la conversation. Le discours enregistré est abondant, avec des retours en arrière, des digressions. Cependant, le récit recueilli est toujours l'œuvre du couple narrateur-narrataire. Le narrataire doit avoir quatre activités simultanées : écouter attentivement, surveiller l'enregistrement, poser des questions qui approfondissent le récit et garantissent son objectivité, orienter le récit par l'entretien non directif thématique, en fonction du cadre de la recherche.

2) La transcription, deuxième étape de la démarche ethnobiographique, consiste dans le passage de l'oral à l'écrit ; démarche évidemment inutile lorsque le narrateur écrit lui-même un récit à la demande du chercheur. Dans le cas contraire, les récits enregistrés sur des bandes bien identifiées (date, lieu, nom du narrataire, numéro des bandes,

circonstances, thèmes) sont transcrits. Travail long et minutieux, la transcription est intégrale et non commentée, l'écrit transcrit étant la fidèle reproduction du récit parlé.

3) La mise en situation socioculturelle du récit ou des récits du corpus constitue la troisième étape. Chaque récit sera relu par le narrateur ou discuté au cours d'un dialogue avec le narrataire. Le récit est vérifié, corrigé, complété, inséré dans son contexte grâce aux indications apportées par le narrateur sur son groupe et sur sa place dans le groupe.

4) L'analyse de contenu du corpus de récits de vie est le quatrième temps de la démarche ethnobiographique. Comme le fait remarquer J. Poirier : « Les discours des narrateurs font corps avec leur système de représentations sociales et, à la limite, là réside l'objectif le plus important de la recherche. Mais un seul récit ne peut donner la clef de cette représentation sociale » (Les récits..., p. 69). L'ethnobiographie a donc recours aux recoupements, aux cumuls de récits et à leur croisement, étapes qui nécessitent l'utilisation de l'analyse du corpus. La difficulté à ce stade est de trouver les constantes de ces récits, qui donnent sens à cet ensemble de faits, sans le réduire ou y apporter des transformations.

**ANNEXE 5 : Formulaire d'information et de consentement****Université du Québec à Trois-Rivières****LETTRE D'INFORMATION**

---

**Invitation à participer au projet de recherche :**  
**L'utilisation du modèle Kawa en santé mentale : Faciliter une pratique**  
**centrée sur le client?**

**Ingrid Gilbert, étudiante à la maîtrise**  
**Responsable de l'étude**  
**Programme d'ergothérapie**  
**Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)**

**Marie-Josée Drolet, directrice d'essai critique**  
**Programme d'ergothérapie de l'UQTR**

Un nouveau modèle d'intervention en ergothérapie a été développé par un ergothérapeute d'origine japonaise. Des ergothérapeutes s'interrogent sur la pertinence d'utiliser ce modèle auprès de Québécois. Ce modèle est particulier, car il utilise des métaphores pour faire verbaliser les personnes sur les difficultés qu'elles rencontrent dans leurs occupations, c'est-à-dire dans les activités qu'elles sont appelées à réaliser quotidiennement. Ce modèle s'appelle le modèle Kawa. Le mot «Kawa» signifie rivière en japonais.

Utiliser ce modèle implique de demander à une personne de dessiner une rivière qui comprend de l'eau, des roches, des billots de bois et l'environnement de la rivière. Dans ce dessin, la personne est représentée par l'eau qui coule à travers l'environnement. Les obstacles rencontrés par la personne sont illustrés par les roches, tandis que les ressources de la personne sont représentées par les billots de bois. À travers le dessin de la rivière d'une personne, il est possible d'explorer les difficultés qu'elle rencontre dans ses occupations, ciblant ainsi ce qui est à travailler en ergothérapie. Il est présumé que la simplicité de ce modèle permet à la personne d'avoir une meilleure compréhension de son processus thérapeutique et à l'ergothérapeute de mieux comprendre les difficultés et le contexte de vie de la personne.

Cette étude vise à explorer si le modèle Kawa peut s'avérer être un bon outil de communication clinique afin de faciliter l'établissement des objectifs du plan d'intervention pour des personnes présentant un problème de santé mentale. Dans ce contexte, votre participation à cette étude serait grandement appréciée.



### Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont : 1. d'explorer si le modèle Kawa favorise une bonne communication clinique entre l'ergothérapeute et des clients ayant un problème de santé mentale. 2. d'explorer si le modèle Kawa permet de cibler les difficultés que rencontrent les personnes ayant un problème de santé mentale dans leurs occupations, c'est-à-dire dans les activités qu'elles sont appelées à réaliser quotidiennement.

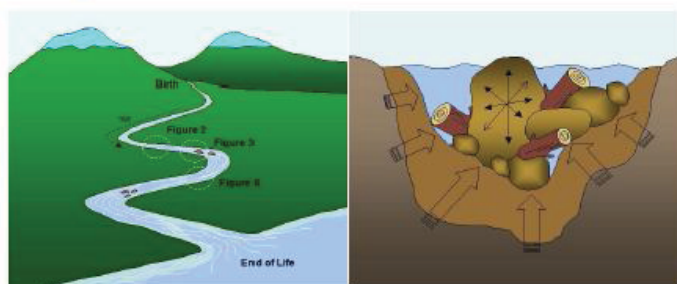
Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à l'étude et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

### Tâche

Votre implication dans ce projet de recherche consiste à participer à une rencontre d'une durée d'environ 90 minutes. La rencontre aura lieu dans un local situé au Centre régional de santé mentale du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie aux dates et heures qui seront convenues entre vous et l'étudiante.

Lors de cette rencontre, si vous acceptez de participer et que vous signez le formulaire de consentement, l'étudiante débutera par vous donner des explications détaillées sur le déroulement de l'étude. Ensuite, elle vous demandera de dessiner une rivière qui vous représente dans votre environnement et où les roches illustrent les obstacles que vous rencontrez, alors que les billots de bois correspondent à vos ressources (voir l'exemple d'un dessin de rivière ci-dessous). Par la suite, elle vous fera parler de votre dessin et du sens que vous attribuez aux différents éléments que vous avez dessinés. Pour ce faire, elle vous posera des questions ouvertes portant sur ce que représentent la rivière, l'environnement, les roches et les billots de bois pour vous, établissant ainsi des liens avec votre vie de tous les jours ainsi que les défis que vous rencontrez. Une entrevue semi-structurée portant sur l'applicabilité du modèle Kawa en milieu clinique suivra. Enfin, si vous êtes d'accord, l'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone.

### Exemple de dessins d'une rivière



(Iwama, 2010)



### **Risques, inconvénients, inconforts**

Le temps consacré au projet, soit environ 90 minutes, demeure le principal inconvénient.

### **Bénéfices**

Il est possible que l'utilisation du modèle Kawa permette de mieux cibler les difficultés que rencontre un client dans ses occupations. Il est également possible que son utilisation contribue à l'avancement de notre compréhension de l'occupation humaine ainsi qu'à l'augmentation de nos connaissances sur la pertinence d'utiliser ce modèle auprès de personnes ayant un problème de santé mentale. Enfin, veuillez noter qu'aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée pour votre participation à cette étude.

### **Confidentialité**

Les données recueillies dans le cadre de cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront, en aucun cas, mener à votre identification. L'étudiante utilisera des noms fictifs, préservant ainsi la confidentialité des informations à votre sujet. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai critique et de communications, ne permettront pas de vous identifier. Les données recueillies (enregistrements audio, dessins, notes, etc.) seront conservées sous clé dans un classeur barré du bureau de Marie-Josée Drolet, directrice d'essai critique et les seules personnes qui y auront accès seront Marie-Josée Drolet, directrice d'essai et Ingrid Gilbert, étudiante à la maîtrise en ergothérapie. Elles seront détruites au mois d'août 2012 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non ainsi que de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. L'étudiante se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Ingrid Gilbert au 819-247-5105 ou par courriel à [ingrid.gilbert@uqtr.ca](mailto:ingrid.gilbert@uqtr.ca).

### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-11-172-06.14 a été émis le 7 octobre 2011. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

Numéro du certificat : CER-11-172-06.14  
Certificat émis le 7 octobre 2011



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

### Engagement de la chercheuse

Moi, Ingrid Gilbert m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *L'utilisation du modèle Kawa en santé mentale : Faciliter une pratique centrée sur le client?* J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant ou participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

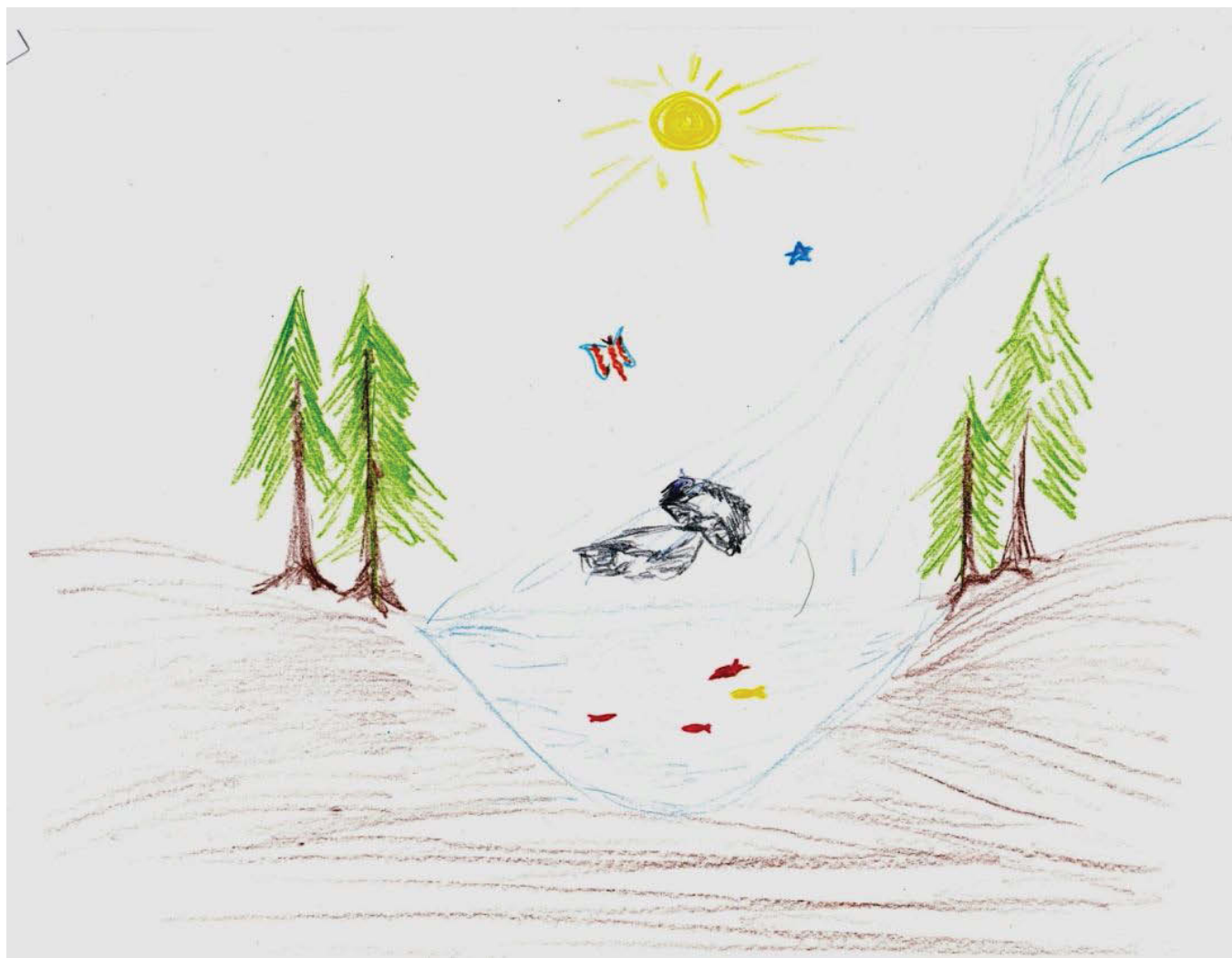


**ANNEXE 6 : Dessins des trois participants-experts**  
(Images reproduites avec l'autorisation des trois participants-experts)

(Participant-expert #1)



(Participant-expert #2)



(Participant-expert #3)

